



State de Utah
Departamento de Workforce Services DWS
**SOLICITUD DE ASISTENCIA ALIMENTICIA, FINANCIERA,
MÉDICA Y PARA EL CUIDADO INFANTIL**

Número de Caso: _____

Servicios Expresos: Sí No

Fecha de Recibido: _____

Su Información:

1. Complete la siguiente información sobre la **persona solicitando asistencia.**

Nombre Completo: _____

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección para Envíos Postales: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número Telefónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: (opcional) _____

Firma: _____

Marque los Servicios que Desea Solicitar:

- Asistencia Alimenticia
- Asistencia Financiera/ Monetaria
- Asistencia para el Cuidado Infantil
- Asistencia Médica
- Asistencia Médica Retroactiva (por los últimos 90 días).

Si desea solicitar el servicio de Pagos de Seguro por Desempleo (Unemployment Insurance), por favor visite la página en el Internet jobs.utah.gov, o háglenos por teléfono al número (888) 848-0688.

Sus Derechos:

- **SI NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTA SOLICITUD CON GUSTO LE ASISTIREMOS.**
- **USTED TIENE EL DERECHO DE RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN GRATUITOS.**
- Usted puede entregar esta solicitud sólo con su nombre, dirección y firma, pero para poder determinar su elegibilidad usted debe llenar esta solicitud en su totalidad.
- Si califica, usted recibirá asistencia de acuerdo a la fecha en la que su solicitud fue recibida.
- No es requerido proporcionar su número de seguro social, o el de sus dependientes, para recibir Asistencia para el Cuidado Infantil. Si usted elige no proporcionar esta información, su asistencia no será negada o retrasada, siempre y cuando reúna todos los requisitos de elegibilidad.

Información sobre Asistencia Alimenticia y Asistencia Médica para Inmigrantes:

- Usted puede solicitar y recibir Asistencia Alimenticia y Asistencia Médica (Medicaid) para todos los miembros de su familia que califiquen aunque en su familia existan personas que no califiquen debido a su estatus legal. Por ejemplo, padres de familias inmigrantes que no califiquen para recibir asistencia pública debido a su estatus legal, pueden solicitar Asistencia Alimenticia para los hijos que sean ciudadanos de los Estados Unidos o cuenten con un estatus legal aprobado.
- Si usted, o alguna persona viviendo en su hogar, no solicita y/ o no califica para recibir Asistencia Alimenticia debido a su estatus inmigrante, no necesitará proveer información sobre su estatus inmigrante, número de seguro social o cualquier otro documento. Sin embargo, tendrán que contestar preguntas tales como su nombre, parentesco, ingresos, bienes económicos, etc.
- El hacer uso del programa de Asistencia Alimenticia no afectará su estatus inmigrante o el de su familia. Toda información inmigrante es privada y confidencial.
- Si usted, o algún miembro de su familia, hace uso del programa de Asistencia Médica, ésto no debe afectar su habilidad de solicitar residencia permanente en los Estados Unidos, a menos que utilice esta asistencia para pagar gastos médicos a largo plazo (hogares para ancianos o minusválidos, u otras instituciones médicas). El hacer uso del programa de Asistencia Médica no afectará su habilidad de solicitar ciudadanía en los Estados Unidos, a menos que haya cometido fraude para calificar y recibir esta asistencia.

2. Conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a determinar si califica para recibir servicios expresos de Asistencia Alimenticia en siete (7) días o menos.

- ¿Usted es un trabajador de temporada o migratorio? Sí No.
- ¿Cuál es su ingreso total familiar al mes, antes de pagar impuestos? (Incluyendo ingresos no salariales como el Soporte Financiero Infantil, Seguro Social, Seguro por Desempleo, etc.)\$ _____
- ¿Cuánto dinero en efectivo tiene, y en su banco o cuenta Credit Union?\$ _____
- ¿Cuál es el costo mensual de los gastos de su vivienda (Hipoteca, renta, otros)? \$ _____
- Marque con una "X" todos los servicios públicos que usted es responsable por pagar: ___ Calefacción, ___ Aire Acondicionado, ___ Ventilador Eléctrico, ___ Agua/ Drenaje, ___ Basura, ___ Teléfono.
- ¿Ha solicitado, o recibido, asistencia del programa HEAT en los últimos 12 meses? Sí No.

Si la combinación de todos los ingresos recibidos en su hogar, más los bienes líquidos, suman una cantidad menor que el pago mensual de su hipoteca o renta, y servicios públicos, su hogar califica para recibir servicios expresos. Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su elegibilidad para recibir Asistencia Alimenticia en siete (7) días o menos, infórmenos para programar una cita en dos (2) días para hablar al respecto.

3. Empezando con usted, escriba la información que se le pide a continuación sobre cada persona que esta solicitando asistencia:

Nombre	Número de Seguro Social	Edad y Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano de los EE.UU.? Sí/ No	Parentesco	¿Estudiante? Sí/ No	Etnicidad *Véase abajo	Raza ** Véase abajo	Sexo	Estado Civil
				Si mismo					

*Etnicidad H = Hispano o Latino. N = No Hispano o Latino. **Raza AI = Indio Americano o Nativo de Alaska. AS = Asiático. PI = Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico. WH = Blanco. BL = Negro o Afro Americano.

- 4. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted son residentes de Utah?..... Sí No
- 5. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted tienen un representante autorizado, o alguien que tenga una carta poder para representarle? Sí No
- 6. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted viven en alguna de las siguientes instituciones? Sí No
 Hospital Albergue Centro de Rehabilitación por uso de Drogas
 Casa Hogar Hogar para Ancianos o Minusválidos Cárcel – Si su respuesta es sí, ¿Puesto en libertad condicional para trabajar? Sí No
- 7. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted es un fugitivo de la ley?..... Sí No
- 8. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted han solicitado y/ o recibido Asistencia Alimenticia, Financiera o Médica? Sí No

OFFICE USE ONLY

_____ Head of Household

_____ Alien #

_____ Roomer

_____ Boarder

_____ Purchase & prepare

_____ Strike

Nombre:	Tipo de Asistencia:	¿Dónde?	¿Cuándo?
---------	---------------------	---------	----------

- 9. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted han sido recientemente descalificados del Programa de Asistencia Alimenticia por alguna violación al programa? Sí No

- 10. ¿Hay más personas que viven con usted y que no estén solicitando asistencia pública? Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s) y el parentesco con usted:

Nombre:	Parentesco con usted:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

OFFICE USE ONLY

_____ Status
 _____ Duration

_____ TPL
 _____ Retro

Asset Details

_____ Sold, traded or
 given away any
 resources in last 30
 days.

Income Details

11. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar? _____

12. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted está embarazada? Sí No
 Si su respuesta es sí, anote su(s) nombre(s): _____ y
 la fecha aproximada del parto: _____

13. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted es incapaz de trabajar? Sí No
 Si su respuesta es sí, ¿Quién? _____

14. Si está solicitando Asistencia Alimenticia, no se requiere contestar esta pregunta.
 ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted es un Excombatiente? Sí No

Bienes Personales:

15. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted posee alguno de los siguientes bienes financieros?

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|----------------------------|
| \$ _____ | Cuenta Bancaria de Cheques | <input type="checkbox"/> | Certificados a Largo Plazo |
| \$ _____ | Cuenta Bancaria de Ahorros o
cuenta Credit Union | <input type="checkbox"/> | 401-K |
| <input type="checkbox"/> | Cuenta de Pensión por Jubilación (IRA) | <input type="checkbox"/> | Fondos de Inversión |
| <input type="checkbox"/> | Acciones | <input type="checkbox"/> | Fondos Fiduciarios |
| <input type="checkbox"/> | Bonos | <input type="checkbox"/> | Otro(s) _____ |
| | | <input type="checkbox"/> | Ninguno |

16. Por favor, anote todos los vehículos que usted o alguna de las personas solicitando con usted posean. Algunos ejemplos de estos vehículos pueden ser automóviles, camionetas, barcos o algún otro tipo de nave acuática, motocicletas, motos para nieve, casas móviles, ATV's, etc.:

Dueño(s) Registrado	Tipo de Vehículo	Marca	Año	¿Registrado? Sí/ No	Estado	Cantidad Adeudada
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

17. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted poseen algunos de los siguientes bienes?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casa | <input type="checkbox"/> Tierras |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida | <input type="checkbox"/> Derechos Minerales |
| <input type="checkbox"/> Plan Funeral/ Fondos Fúnebres | <input type="checkbox"/> Lotes Fúnebres |
| <input type="checkbox"/> Autocaravanas | <input type="checkbox"/> Casa Remolque/ Remolques |
| <input type="checkbox"/> Propiedades de Tiempos Compartidos | <input type="checkbox"/> Ganado |
| <input type="checkbox"/> Herramientas | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Propiedades de Renta | <input type="checkbox"/> Ninguno |

18. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted poseen algunos de los siguientes ingresos No Salariales?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pagos del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Pagos por Jubilación |
| <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social (SSI) | <input type="checkbox"/> Compensación Laboral |
| <input type="checkbox"/> Pagos Por Desempleo (UI) | <input type="checkbox"/> Asistencia a Veteranos Militares |
| <input type="checkbox"/> Soporte Financiero Infantil | <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio o Separación |
| <input type="checkbox"/> Pagos de Suma Total | <input type="checkbox"/> Herencias |
| <input type="checkbox"/> Liquidaciones | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Ayuda Financiera Escolar | <input type="checkbox"/> Ninguno |

OFFICE USE ONLY

Income Details

____ Last worked/ paid
____ Pay frequency
____ Work schedule

____ Leave job or reduce hours in last 30 days

____ Medicare Rx card
____ Subsidy amount

____ How meet expense
____ Homeless

19. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted han recibido ingresos salariales? Sí No
Si su respuesta es sí, provea la información que se le pide a continuación:

Nombre de la Persona Empleada _____	Nombre de la Persona Empleada _____
Nombre del Empleador _____	Nombre del Empleador _____
Sueldo por Hora \$ _____	Sueldo por Hora \$ _____
Número de Horas que Trabaja a la Semana _____	Número de Horas que Trabaja a la Semana _____
Dueño de su Propio Negocio \$ _____ /mes	Dueño de su Propio Negocio \$ _____ /mes

20. ¿Usted o alguna de las personas solicitando con usted tienen alguno de los siguientes gastos?
(Estos gastos deben ser verificados para contar como deducciones).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soporte Financiero Infantil | <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil |
| <input type="checkbox"/> Pensión por Divorcio o Separación | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos |
| | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Total de Gastos \$ _____ mensuales

21. Por favor, anote todos los gastos del hogar que se apliquen a usted y/ o a cualquier otra persona que este solicitando con usted:

Renta \$ _____	Hipoteca \$ _____	Segunda Hipoteca \$ _____	Espacio del Lote \$ _____
Impuestos (Cantidad Anual) \$ _____	Seguro (Cantidad Anual) \$ _____	Otros \$ _____	
¿Vivienda Subsidiada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

22. Por favor, marque los gastos de servicios públicos que se apliquen a usted y/ o a cualquier otra persona que este solicitando con usted:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Agua/ Drenaje |
| <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Teléfono |

¿Sus gastos para calentar (calefacción) y/ o refrescar (swamp cooler, aire acondicionado, etc.) su hogar son separados de sus pagos de renta y/ o su hipoteca?..... Sí No

¿Usted ha solicitado o recibido asistencia HEAT en los últimos doce (12) meses?..... Sí No

Yo (escriba su nombre completo con letra de molde) _____, leí o alguien me leyó la información que se encuentra en la página uno (1) y la página seis (6) de esta solicitud. Declaro que entiendo dicha información. Declaro, con el uso total de mis facultades mentales, que la información y/ o las respuestas que he dado en esta solicitud son correctas y verdaderas. También, declaro que la información que he dado sobre el estatus legal de mi ciudadanía en este país es correcta. Entiendo que puedo ser penalizado por la ley si cometo perjurio e intencionalmente anoto información falsa en esta solicitud.

Tanto su número de Seguro Social como toda otra información que usted anote en esta solicitud será verificada por agencias federales, estatales y locales. Al firmar esta solicitud usted da autorización para facilitar información confidencial y llevar a cabo verificaciones por medio de sistemas computacionales, recertificación de programas y auditorias con el Departamento de Ciudadanía y Servicios de Inmigración (BCIS, Bureau of Citizenship and Immigration Services) y otras agencias federales y estatales.

Firma, o Marca del Cliente	Fecha
Firma del Representante Autorizado (únicamente para Asistencia Alimenticia).	Fecha de Nacimiento del Representante Autorizado

- Forma de Registro para Votar: Si *usted* no se ha registrado para votar donde *vive* actualmente, ¿/e gustaría solicitar y registrarse aquí hoy para votar? Sí No

(Si no contesta esta pregunta y deja la respuesta en blanco, asumiremos que en esta ocasión usted decidió no registrarse para votar).

- Si desea recibir ayuda para llenar la forma de registro para votar, nosotros podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es de usted. Usted puede llenar la forma de registro en privado. El registrarse o no registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia pública que recibirá.
- Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad en el proceso de decidir si debe registrarse, o solicitar registrarse para votar, o su derecho en escoger su partido político o preferencia política, usted puede levantar una queja con: Lt. Governor, State of Utah, 203 State Capitol Building, Salt Lake City, UT, 84114.

FOR OFFICE USE ONLY	
_____ EBT Card	_____ Reporting Req.
_____ Horizon Handbook	_____ DWS Services
_____ Medical handouts	_____ Office Pathway
	_____ Rights and Responsibilities

FOR OFFICE USE ONLY – CHILD CARE ONLY	
_____ Min. Work Requirements	_____ Two-Parents Household?
_____ Year Round School?	_____ CCRR Needed?
_____ Parent In Training Or Educational Program? Type of program _____ Completion date _____	_____ Non-Custodial Parent Paying Some Child Care?
_____ Work/ class schedules and children’s school Schedules to determine need	_____ Customer Education

Información sobre Servicios de Apoyo de DWS

Por favor, lea la siguiente información y si lo desea, haga preguntas sobre cualquier cosa que no entienda o tenga dudas.

- De acuerdo con la ley federal, la política tanto del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) como el Departamento para la Salud y los Servicios Humanos (DHHS), prohíbe la discriminación basada en la raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Bajo el Acta de Asistencia Alimenticia y la política de USDA, la discriminación basada en religión y creencias políticas también es prohibida. Para levantar una demanda por discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Escriba una carta al Director de USDA, Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) oficina 326-W, Whitten Building, 140 Independence Avenue, SW. Washington, D.C. 20250-9410, o llame al número (202) 720-5964 (voz y TDD). Escriba una carta al Director de HHS, Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) oficina 506-F, 200 Independence Avenue, SW. Washington, D.C. 20201, o llame al número (202) 619-0403 (voz) ó (202) 619-3257 (TDD). USDA y HHS son proveedores y compañías No Discriminatorias.
- Nosotros le daremos un folleto con sus derechos y responsabilidades.
- Usted puede solicitar una Audiencia Imparcial verbalmente o por escrito sino está de acuerdo con la decisión tomada en esta solicitud.
- Es posible que el Departamento de Workforce Services (DWS), o alguno de sus representantes, se comunique con usted para hablar sobre la eficiencia de los servicios que usted ha recibido.
- Compañía Empresarial No Discriminatoria. Ayuda y servicios para los Programas Auxiliares se encuentran disponibles a personas minusválidas. Para mayor información llame al teléfono (801) 526-9240. Personas con impedimentos en el habla, y/ o sordera, pueden llamar al teléfono 1-800 346-4128 (state relay).
- Es requerido que obedezca todas las reglas de los programas.
- La participación fraudulenta en cualquiera de los programas puede causar una acción criminal, civil, o demanda administrativa.
- De acuerdo a los programas que solicite, usted acuerda cooperar con el Estado de Utah para establecer y cobrar Pensión por Divorcio o Separación, y Soporte Financiero Infantil para su familia.
- Si usted es aprobado para recibir Asistencia Financiera, tendrá que ceder a la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) todo el soporte financiero infantil, apoyo médico, o pensión por divorcio o separación que usted hubiese recibido para su familia durante el tiempo que reciba esta asistencia El soporte financiero infantil y los pagos de pensión por divorcio o separación serán utilizados para compensar el costo de proveer asistencia financiera a su familia.
- Si usted selecciona un proveedor de cuidado infantil exento de tener licencia, el estado de Utah no regulará o monitoreará el cuidado infantil. Información adicional sobre como seleccionar un proveedor de cuidado infantil de buena calidad se encuentra disponible.
- Si usted es aprobado para recibir Asistencia Financiera y la cantidad de su Asistencia Alimenticia disminuye de un mes a otro, usted no recibirá avisos previos al cambio.
- El Título VI del Acto de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar información racial y étnica, pero usted no tiene la obligación de proveer dicha información. Sin embargo, el recibir esta información nos ayudará a obedecer la Ley Federal de Derechos Civiles. Si usted decide no proporcionar esta información, esto no afectará su caso. Si usted no nos proporciona esta información, el trabajador social responderá la pregunta. Se requiere que usted obedezca las reglas de todos los programas.
- Adopción: Si usted desea información sobre cómo recibir ayuda para llevar a cabo una adopción, por favor, indíquesele a su trabajador social.

- Si usted está en una institución y solicita Asistencia Alimenticia y SSI al mismo tiempo, la fecha de recibido que se utilizará para la Asistencia Alimenticia será la fecha en la que se le dé de alta de la institución.
- Su solicitud para recibir Asistencia Alimenticia será procesada en 30 días si su hogar no califica para recibir Asistencia Alimenticia Expresa.
- La información que provea en su solicitud podrá compartirse con oficiales de la ley, con el fin de capturar a fugitivos de la ley.
- Debe completar una entrevista y proporcionar pruebas de información reportada en su solicitud.
- El Departamento de Salud de Utah (UDOH) paga por su atención médica, usted asigna a éste y al programa de asistencia médica, sus derechos de pago de terceros. Acepta entregar a UDOH cualquier dinero recolectado de cualquier póliza de seguros, o de alguien con la responsabilidad de pagar sus cuentas médicas. Usted autoriza pagos directamente a UDOH o, a la Oficina de Servicios de Recaudación (ORS) y considera libre de culpa a cualquiera que realice pagos directamente a ellos.
- Autoriza a cualquier persona u organización a proporcionar registros médicos, o información sobre su salud o la salud de cualquiera de sus dependientes al UDOH, División Financiera del Cuidado de la Salud, o quien sea designado. El UDOH y el Departamento de Workforce Services podrá proporcionar a los proveedores de salud información sobre su elegibilidad en el programa de Asistencia Médica.
- Si recibe Asistencia Médica en cualquier momento mientras tenga 55 años o más, el Estado tiene la autoridad de recobrar de sus bienes todo el dinero gastado para cubrir sus cuentas médicas.

Provisiones Civiles, Criminales, y Cláusulas Penales

- La primera instancia de fraude causará un periodo de descalificación de 12 meses. La segunda instancia, 24 meses; y la tercera instancia causará su descalificación permanente del Programa de Asistencia Alimenticia. También, se impondrá una multa de hasta \$250,000 dólares o una sentencia de 20 años de cárcel.
- Si la Asistencia Alimenticia es utilizada para comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales, o medicinas que solo deben adquirirse con receta medica) su descalificación del Programa de Asistencia Alimenticia será de 24 meses la primera ofensa, y permanentemente la segunda ofensa.
- Si la Asistencia Alimenticia es utilizada para comprar y vender armas de fuego, municiones o explosivos, su descalificación del Programa de Asistencia Alimenticia será permanentemente. También, un individuo será permanentemente descalificado se le encuentra culpable de traficar Asistencia Alimenticia de \$500 dólares o más. El individuo será descalificado por 10 años si provee información fraudulenta sobre su identidad y residencia con el fin de tener casos múltiples de asistencia pública.